

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N° 228

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Charles DUBOST

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 1^{er} octobre 1914 à Saint-Gaultier (Indre)

LA CHOLÉCYSTECTOMIE
dans les
CHOLÉCYSTITES AIGUËS
LITHIASIQUES

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1941

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Charles DUBOST

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 1^{er} octobre 1914 à Saint-Gaultier (Indre)

LA CHOLÉCYSTECTOMIE
dans les
CHOLÉCYSTITES AIGUËS
LITHIASIQUES

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & JEAN BERTRAND, ÉDITEURS
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	MONDOR.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIERS.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ELINE Pathologie chirurgicale.
RIETY Pathologie médicale.
RNARD Etienne. Pathologie médicale.
SANÇON (Justin). Hydrologie.
NNET Bactériologie.
ULANGER .. Chimie.
ULIN Pathologie médicale.
OUET Pathologie médicale.
LLIARD Histologie.
CHERA Pathologie médicale.
RDIER Anatomie.
STE Pathologie médicale.
UVELAIRE (Roger). Urologie.
LARUE Anatomie pathologique.
LAY Pathologie médicale.
GREZ (H.) .. Physique.
SOILLE Médecine légale.
GONNET Obstétrique.
GNON Physique.
VRE Pathologie chirurgicale.
NCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
cale.
LLIARD Parasitologie.
RCIN Pathologie médicale.
GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
thologique.
YET Physiologie.
GENNÈS ... Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL.. Obstétrique.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie experimen-
tale.
LENEGRE Pathologie médicale.
M^{lle} J. LEVY... Pharmacologie.
MARCHAL Pathologie médicale.
MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
PATEL Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-
gicale.
RENARD Ophtalmologie.
RICHT Physiologie.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
SICARD Pathologie chirurgicale.
SOULIE Pathologie médicale.
SUREAU Obstétrique.
TURPIN Pathologie médicale.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GLAVE Pathologie chirurgicale.
SQUET Pharmacologie.
AILLEY-BERT. Physiologie.
ENIOT Obstétrique.
ITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ... Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE .
BRULE
CATHALA
CHABROL
CHEVALLIER ..
DONZELOT
DUVOIR
GASTINEL
LAROCHE (G.)..
LIAN
MOREAU
SEZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
BROCQ
CADENAT
GATELLIER ...
de GAUDART
d'ALLAINES..
LEVEUF
MOULONGUET..
MOURE
QUENU
FEY

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE
METZGER
PORTES
VIGNES

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE

A MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur LENORMANT

Professeur de clinique chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

*qui a bien voulu me faire le grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur ROUVIERE

A MES MAITRES

Messieurs les Docteurs GIRODE, MAURER, WELTI,

A. MOUCHET, Gérard MARCHANT

Chirurgiens des Hôpitaux

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1933-34 Monsieur le Professeur ACHARD

Monsieur le Professeur CUNEO

1934-35 Monsieur le Docteur HALBRON

Monsieur le Professeur GOSSET

Externat

1935-36 Monsieur le Professeur Agr. LARDENNOIS
(*In memoriam*)

1936-37 Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

Monsieur le Docteur HALBRON

1837-38 Monsieur le Docteur ROUX-BERGER

Monsieur le Professeur Agrégé TROISIER

Internat

1941 Monsieur le Professeur Agrégé
de GAUDART D'ALLAINES

Monsieur le Professeur Agrégé BASSET

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur ROUVIERE

A MES MAITRES

Messieurs les Docteurs GIRODE, MAURER, WELTI,

A. MOUCHET, Gérard MARCHANT

Chirurgiens des Hôpitaux

A MES CONFERENCIERS D'INTERNAT ET AMIS

A. HANAUT, J. TURIAF, J. MATHEY

A MES AMIS

HENRI et JEAN LE BRIGAND

MARCEL et ROGER AUBOUY

JACQUES ABEILLE

A Monsieur le Médecin Commandant CHAFFAUT

A TOUS MES CAMARADES DU 23^e R. I. F.

et du 168^e R. A. P.



INTRODUCTION

Le traitement des cholécystites aiguës calculeuses a donné lieu à de nombreuses discussions, portant, aussi bien sur les indications mêmes de l'intervention à chaud, en pleine crise, que sur les modalités de l'opération, certains étant partisans du simple drainage de la vésicule, d'autres défenseurs résolus de l'opération d'exérèse.

En France, la tendance la plus communément admise est celle de l'opération différée : la plupart du temps, le traitement médical suffirait à amener la sédation des phénomènes aigus, l'intervention n'étant pratiquée à chaud que la main forcée, soit par des indices d'emblée alarmants, soit par l'apparition, en cours de surveillance, de symptômes nets d'aggravation.

Et quand on croit devoir intervenir, l'unanimité est loin d'être faite sur la meilleure intervention à pratiquer.

Bien des auteurs préconisent l'intervention réduite au minimum, la simple cholécystostomie, remettant, s'il y a lieu, à plus tard, l'ablation de l'organe malade.

Telles sont, schématisées, les tendances théoriques, dont on lit l'exposé dans les Traités.

En apportant sept observations inédites, dues à notre maître le Professeur agrégé J. PATEL, qui s'ajoutent aux cas déjà publiés, il n'est pas dans nos intentions de préconiser la cholécystectomie comme intervention idéale, pour tous les cas, dans toutes les circonstances.

En matière de cholécystite, il s'agit, avant tout, de cas d'espèces, chacun offrant des possibilités opératoires particulières, exigeant des façons de faire variables.

C'est pourquoi il ne saurait être question de défendre une ligne de conduite rigoureuse, qui serait valable dans tous les cas.

Les modalités du traitement à chaud des cholécystiques aiguës calculeuses ne peuvent être strictement édictées, et même, pénétré des avantages d'une méthode, on pourra être amené, parfois, à suivre une ligne de conduite opposée.

C'est pourquoi nous voudrions simplement insister, dans les pages qui vont suivre, sur les avantages de la cholécystectomie, qui mérite d'être effectuée à chaud, plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour.

HISTORIQUE

QUÉNU, précisant les indications opératoires dans la lithiase vésiculaire, écrivait, en 1908 : « La cholécystite est-elle aiguë? KÖRTE en fait une indication opératoire absolue. La lithiase passe au deuxième plan et la cholécystite est tout. Avec une crise grave, l'intervention peut devenir urgente : l'acuité et la brusquerie du début, l'intensité particulière de la douleur, la tuméfaction importante et rapide de la vésicule, sont des signes locaux qui signifient crise grave et justifient l'opération immédiate.

« Il n'y a aucun temps à perdre pour intervenir et le drainage reste la seule chance de salut.

« Dans les cas graves de cholécystites suppurées aiguës, de gangrène, de perforation vésiculaire, la mortalité opératoire demeure assez élevée. L'opération n'en reste pas moins la seule ressource sérieuse sur laquelle on puisse compter. Quand une cholécystite aiguë ne cède pas à un traitement de 36 à 48 heures, le plus sûr est d'ouvrir la vésicule. Quand la crise est moins aiguë, l'urgence disparaît, on peut chercher à refroidir. »

Ce sont là, résumés, les principes qui sont encore reconnus les meilleurs par beaucoup.

On n'interviendra que dans les cas alarmants où l'intensité des signes laissera prévoir une perforation ou une gangrène de la vésicule.

Et on pratiquera l'opération minima : le drainage simple de la vésicule. Dans toutes les autres éventualités, on soumettra le malade au traitement médical et on n'interviendra que la main forcée pour faire le minimum.

J.-L. FAURE et LABEY écrivent, dans le *Nouveau Traité de Chirurgie*, que les cholécystites plegmoneuses réclament simplement l'incision et le drainage. HAUTEFORT dit que la cholécystostomie mérite d'être employée dans les cas très aigus, avec menace d'infection péritonéale.

Ainsi l'intervention devrait être strictement réservée aux cas graves, avec, comme procédé, le drainage simple de l'organe.

Cependant, à l'étranger, certains se montrent, non seulement partisans de l'intervention au cours des cholécystites aiguës, mais défendent la pratique de l'opération d'exérèse, faite à chaud.

En Angleterre et en Amérique, on réserve aux formes gangréneuses et phlegmoneuses l'opération d'exérèse, la cholécystostomie étant pratiquée dans tous les autres cas.

En Allemagne, KÖRTE en 1909, BRAUN, ARNSPERGER, EXNER, en 1912, se montrent plus éclectiques et pratiquent, selon les cas, l'opération radicale ou le drai-

nage, en insistant déjà sur les bons résultats fournis par la cholécystectomie.

Ils rapportent, à l'appui, une série d'interventions pour cholécystite aiguë, où la cholécystectomie fut pratiquée souvent avec succès.

En France, certains auteurs se sont faits les défenseurs de cette manière de voir, préconisant la cholécystectomie dans presque tous les cas, la cholécystostomie ne vivant plus que des contre-indications de la première.

COTTE, dans sa thèse en 1908, écrit « que, dans les cholécystites aiguës, le traitement de choix est la cholécystectomie.

« Mais des contre-indications peuvent résulter de l'état général du patient ou de l'état local des lésions. Dans ces cas, on fera la cholécystostomie immédiate, quitte à pratiquer secondairement l'ablation de la vésicule, si c'est nécessaire. »

Il écrit, en 1910 : « Toutes les fois que l'état général du malade le permet, il faut pratiquer l'opération radicale.

« On ne fera la taille vésiculaire, que si une tare organique quelconque ou un mauvais état général contre-indiquent une longue opération ou s'il existe de trop grandes difficultés opératoires pour mener à bien la cholécystectomie. »

LERICHE et COTTE, dans un Mémoire publié à la *Revue de Chirurgie*, en 1912, concluent à la nécessité de l'intervention précoce, après avoir montré les caractères particuliers de ces cholécystites aiguës et insisté sur le rôle essentiel de l'infection des parois de l'organe dans la genèse des accidents. « L'inter-

vention faite dans ces conditions, écrivent-ils est plus facile que lorsqu'on intervient à froid, car les poussées inflammatoires laissent à leur suite de nombreuses adhérences.

« Les parois de la vésicule en se rétractent secondairement font, de cet organe, un diverticule plus ou moins atrophié, très adhérent et d'abord difficile. »

A la suite de ces auteurs, de nombreux chirurgiens, ces dernières années, se sont faits les défenseurs de la cholécystectomie à chaud, dans les cholécystites aiguës lithiasiques.

C'est ainsi que PAPIN, en 1921; CHALIER, en 1921; CHAUVENET, en 1930; BAUER et CHINASSI HAKKI, en 1931, ont insisté à nouveau sur les avantages de l'opération d'exérèse faite d'urgence, en rapportant un certain nombre de cas opérés avec succès.

A l'étranger, ANDREWS, FINNEY, HEUER, MILLER, SMITH, en Amérique; SCHULTZ, RITTER, NORDMANN, KIRCHMAYER, HÄRTEL, en Allemagne, défendent cette ligne de conduite, en apportant à l'appui d'importantes statistiques.

Telles apparaissent les deux grandes tendances qui s'opposent dans les indications du traitement des cholécystites aiguës.

D'une part, intervention réservée aux formes perforantes et gangréneuses, réduite à la cholécystostomie.

D'autre part, opération radicale pratiquée le plus précocement possible ou toutes les fois que l'état général ou les conditions locales le permettent.

Mocquot a défendu à la Société de Chirurgie de Paris, en 1920, une position intermédiaire : il est partisan de pratiquer à chaud la cholécystostomie simple, remettant à un deuxième temps l'ablation de l'organe, quand les lésions auront été refroidies.

L'on peut ainsi se rendre compte combien sont profondes les divergences qui existent dans les indications du traitement à chaud des cholécystites aiguës calculeuses.

Il semble cependant que les positions thérapeutiques soient plus faciles à prendre si l'on s'attache à préciser un certain nombre de données anatomiques, pathogéniques et cliniques, qui aident à interpréter d'une façon plus rationnelle, les éléments d'un problème différent avec chaque malade.

C'est pourquoi nous voudrions rappeler brièvement les caractères anatomo-pathologiques des cholécystites aiguës lithiasiques.

Nous envisagerons ensuite les différents tableaux cliniques qu'elles peuvent présenter, pour montrer que si la cholécystectomie apparaît meilleure et préférable, elle n'est peut-être pas toujours praticable.

MÉCANISME — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous voudrions, dans ce chapitre, qui sera obligatoirement très succinct, essayer de mettre en relief un certain nombre de points, sur l'intérêt desquels de nombreux auteurs ont déjà insisté, et qui prennent, quand on envisage les modalités du traitement des cholécystites aiguës calculueuses, une importance primordiale, qu'il s'agisse du principe même de l'intervention à chaud, ou surtout de l'opération à pratiquer : drainage simple de l'organe ou opération radicale d'exérèse.

Et, tout d'abord, il convient de séparer nettement, d'une part l'infection généralisée des voies biliaires, où la cholécystite n'est qu'un des éléments du tableau, d'autre part l'inflammation vésiculaire simple, isolée. Il n'est pas dans nos intentions d'aborder ici le traitement des accidents aigus de la lithiase. Nous nous attacherons seulement à l'étude du processus déclenchant la crise aiguë de cholécystite et des lésions macro et microscopiques qui en découlent.

Mécanisme.

D'emblée, soulignons que la cholécystite aiguë n'apparaît que rarement sur des vésicules ayant conservé leur perméabilité. Elle est le plus souvent consécutive au brusque enclavement d'un calcul dans le canal cystique.

Il peut s'agir

soit d'un calcul unique, généralement volumineux,
soit de nombreux petits calculs

dont un obture le cystique.

Plus rarement enfin, on ne trouvera que de la boue biliaire, épaisse, sans aucun calcul.

Dans les 7 observations que nous rapportons, on a trouvé 5 fois une vésicule renfermant de nombreux calculs, dont un obturant le canal et deux fois, 2 et 5 volumineux calculs, dont un enchatonné au niveau du col.

Dans les 36 observations rapportées par BAUER et Chinassi HAKKI, la vésicule renfermait toujours des calculs dont un obturait en général la lumière du canal cystique.

CHAUVENET rapporte 8 cas de cholécystectomies d'urgence où la vésicule contenait toujours des calculs.

Que la vésicule ne renferme qu'un ou plusieurs calculs, il semble donc que, dans la genèse de la crise, on doive invoquer un processus spécial d'enclavement d'un calcul dans le canal cystique.

On peut se demander si l'inflammation de la vésicule est primitive, complétant alors l'obstruction de la voie accessoire chez un malade déjà porteur de cal-

cul plus ou moins enchatonné, ou secondaire, le calcul étant directement responsable des phénomènes infectieux.

Quoi qu'il en soit, cette obturation va déterminer l'apparition de modifications rapides dans la structure de l'organe.

La vésicule se laisse rapidement distendre, et, à l'intervention, on se trouve en présence de volumineuses vésicules phlegmoneuses, libres, tendues, turgides, recouvertes d'un péritoine fortement œdématié.

En règle générale, dans ces cas, il n'existe guère d'adhérences avec les organes voisins : il s'agit plutôt de quelques tractus fibreux, entourant l'organe, et l'unissant aux éléments voisins.

Ce sont là des adhérences fraîches, qui ne sont pas susceptibles d'entraver la libération de la vésicule, qui se laisse aisément extérioriser.

D'autres fois on trouve, à l'intervention, des vésicules adhérentes soit aux plans superficiels, soit aux organes voisins, colon, foie, duodéum, soit à la profondeur.

Nous voulons souligner, dès maintenant, l'opposition fondamentale du point de vue des possibilités opératoires, qui existe entre ces vésicules distendues, s'extériorisant spontanément, et entre ces cholécystites adhérentes. Il s'agit, dans ces cas d'adhérences anciennes, nombreuses, et serrées, témoignage d'une atteinte chronique de la vésicule, ayant déjà subi plusieurs réveils aigus.

Nous nous attacherons surtout à préciser les caractères anatomiques des premières, que l'on a appelées cholécystites aiguës vraies, par opposition aux pous-

sées infectieuses survenant au cours de l'évolution des cholécystites chroniques.

Lésions anatomiques.

Les lésions succédant immédiatement à l'obturation de la voie biliaire accessoire et que nous avons décrites plus haut, sont essentiellement transitoires.

Elles n'existent qu'au tout début, dans les premières heures.

Rapidement, les lésions progressent et la vésicule subit des modifications que l'on peut ramener à quelques types principaux, selon le degré qu'elles présentent.

Avec LERICHE, on peut distinguer :

I. — DES FORMES SUPPURÉES.

Dans un premier stade, l'infection est encore discrète et se traduit par l'infiltration leucocytaire des parois de l'organe et l'apparition de petites ulcérations muqueuses. La vésicule ne renferme pas encore de pus, mais seulement de la bile sous tension.

BAUER et Chinassi HAKKI font remarquer que cette bile peut être stérile, mais présente toujours une réaction leucocytaire importante. Néanmoins, la nature infectieuse des accidents ne peut être mise en doute, la culture d'un fragment de paroi étant presque toujours positive.

A un degré de plus, l'infection se caractérise plus nettement : la vésicule est recouverte d'une séreuse

œdématisée, masquée de fausses membranes. Le liquide qu'elle renferme est franchement purulent et ne garde plus aucun des caractères de la bile.

Le revêtement épithélial de la muqueuse a souvent disparu, remplacé en général par un enduit fibrineux qui efface les diverticules pseudo glandulaires qu'on trouve sur la vésicule saine.

De place en place, on trouve des ulcérations plus ou moins étendues et profondes. C'est surtout sur le canal cystique, au niveau de l'enclavement du calcul, que le processus térébrant est le plus net.

C'est ici qu'il pourra se former une escarre, amorce de la perforation qui se produit presque toujours à ce niveau.

Ailleurs, les parois sont épaissies, infiltrées, avec micro-abcès intramuraux. On peut rattacher à ces formes, les formes hémorragiques, où la congestion des parois est telle que la vésicule peut renfermer de la bile, mélangée de sang. Les petits vaisseaux ont cédé et deviennent le point de départ d'infiltrations sanguines.

II. — DES FORMES PHLEGMONNEUSES.

Dans lesquelles l'infection atteint d'emblée son point culminant.

La vésicule est énorme, tendue, rougeâtre. Les parois sont très épaissies et farcies d'abcès interstitiels.

III. — DES FORMES GANGRÉNEUSES.

Où l'on découvre des parois sphacélées, friables, surtout sur le fond et la face inférieure de l'organe,

Ces formes aboutissent, presque toujours, à la perforation.

Telles sont, en pratique, les diverses formes anatomiques que peuvent réaliser les cholécystites aiguës.

Des faits que nous venons de rappeler, quelques points d'inégale importance sont à retenir :

Et tout d'abord, la notion de cholécystite aiguë vraie, sur l'intérêt de laquelle nous aurons à revenir.

Le processus particulier d'éclosion des accidents engendrés par la brusque obstruction du canal cystique par un calcul mérite une mention spéciale. Mais surtout, le point sur lequel nous voudrions nous arrêter, est celui du rôle joué par la paroi vésiculaire dans la production des phénomènes locaux et généraux, d'infection et d'intoxication.

C'est l'intensité plus ou moins grande de l'attente pariétale, discrète dans les premières heures, s'accroissant par la suite, qui conditionne les diverses complications des cholécystites aiguës : perforation au niveau d'une plaque de sphacèle, péritonite par propagation due à la rupture d'un micro abcès superficiel, suppurations diverses péri-vésiculaires.

Ainsi que l'a écrit PAPIN : « C'est la paroi vésiculaire qui est dangereuse, plus que son contenu. »

Nous avons vu que, dans les premières heures, le contenu vésiculaire est souvent amicrobien, alors que les cultures,ensemencées avec un fragment de paroi vésiculaire, sont le plus souvent positives.

Ce n'est qu'ensuite que le contenu de la vésicule

se transforme, au contact de lésions pariétales plus importantes.

LECÈNE, dans un travail publié en 1913, concluait de l'étude macro et microscopique de vésicules lithiasiques, à l'importance de l'élément inflammatoire dans les altérations de la vésicule, qu'il s'agisse de pancho-lécystite aiguë ou de formes plus subaiguës et que cette inflammation témoignait de l'existence d'une infection plus ou moins vive de l'organe.

Dans ces formes très aiguës qui nous intéressent tout particulièrement, LECÈNE montre l'existence de lésions anatomiques, témoignant d'une infection intense de toute la paroi de l'organe : muqueuse en partie privée de son épithélium de revêtement, remplacé par des exsudats fibrineux, chorion enflammé. Présence de foyers d'infiltration leucocytaire dans la musculaire. Le maximum des lésions occupe la sous-séreuse : « Celle-ci, écrit-il, est comme disséquée par une infiltration diffuse de polynucléaires, formant, en certains points, de véritables abcès pariétaux, miliaires. La séreuse elle-même est très enflammée. »

Les divers auteurs qui, depuis une trentaine d'années, préconisent l'intervention radicale dans les cholécystites aiguës calculieuses, ont tous insisté sur l'importance primordiale des lésions pariétales de la vésicule et, partant, sur la nécessité de l'exérèse.

Les observations rapportées par LERICHE, font état de lésions importantes ulcéreuses, hémorragiques ou suppuratives, alors que le contenu renfermait encore parfois de la bile reconnaissable.

Tel est le cas, publié par BAUER et Chinassi HAKKI,

d'une malade opérée pour cholécystite aiguë et présentant une grosse vésicule sous tension, avec un calcul du cystique. Les cultures de la bile furent stériles; on ne notait qu'une forte réaction à polynucléaires.

Une autre observation, publiée par les mêmes auteurs, est également démonstrative : l'examen histologique de la vésicule montra une cholécystite subaiguë.

La muqueuse est à peu près complètement ulcérée sur toute la longueur de la vésicule; paroi très épaissie par l'œdème et l'infiltration leucocytaire.

On ne trouve pas de germes à l'examen direct de la bile. Les cultures furent stériles.

Gordon TAYLOR et WHITBY concluent, de l'étude de 50 cas de cholécystectomie, que dans 41 cas les parois vésiculaires étaient infectées, alors que les cultures de la bile restèrent stériles dans 34 cas.

Les germes qui se développèrent furent le plus souvent du streptocoque et du colibacille. Dans 8 cas, en milieu anaérobie fut découvert le perfringens, 3 fois seul, 5 fois associé.

Il s'agissait : 2 fois de cholécystites aiguës gangréneuses, 5 fois de formes hémorragiques et 1 fois de cholécystite subaiguë.

Ce serait dépasser singulièrement le cadre qui nous est imparti que de vouloir faire une étude détaillée des lésions que l'on rencontre dans les cholécystites aiguës lithiasiques.

Nous avons essayé de montrer toute l'importance des lésions portant principalement sur les parois vésiculaires, s'étendant ensuite au contenu, puis diffusant à la périphérie.

Quant à savoir si le déclenchement des accidents aigus est primitif ou sous la dépendance du réveil d'une infection antérieure, à l'occasion d'incidences diverses, c'est là un point qui n'a qu'une importance relative si l'on s'attache seulement à l'étude des indications et des modalités du traitement.

CLINIQUE

Il pourrait être permis de penser que chacune des grandes formes anatomiques que nous venons de décrire, formes suppurées, phlegmoneuses, hémorragiques, gangréneuses, soit susceptible de se traduire cliniquement par des tableaux, sinon absolument tranchés, du moins suffisamment explicites pour qu'on puisse présumer, avant l'intervention, de la nature et de l'étendue des lésions que l'on rencontrera.

A vrai dire, cette recherche peut paraître secondaire si l'intensité des symptômes a été suffisante pour permettre de faire prendre la décision d'intervenir.

Or, on est appelé, en clinique, dans deux grandes catégories de cas, à soupçonner la cholécystite aiguë :

Tantôt le malade a des antécédents lithiasiques;

Tantôt, au contraire, la crise actuelle est la première qu'il présente.

Un lithiasique avéré, de longue date, ayant fait depuis de nombreuses années des crises douloureuses dans l'hypocondre droit, qui ont cédé, en général, en quelques jours au traitement médical, fait maintenant

une crise qu'il juge plus violente que les précédentes.

S'agit-il alors d'une simple crise de colique vésiculaire? S'agit-il, au contraire, des premiers symptômes d'une cholécystite aiguë?

Déjà pourront plaider en sa faveur l'acuité inaccoutumée de la douleur, une fièvre qui persiste plus élevée que de coutume, un pouls rapide.

Ce ne sont certes pas là des éléments suffisants pour conclure; aussi devra-t-on s'attacher à un examen physique particulièrement minutieux, qui mettra en valeur le signe majeur, la contracture sous-costale qui signe l'atteinte péritonéale.

La palpation de l'hypocondre révèle, dans les premières heures, une douleur nettement localisée au point vésiculaire, en même temps qu'une contracture pariétale segmentaire.

Ce sont là les principaux arguments en faveur de l'infection aiguë de la vésicule.

Sous l'influence du traitement médical, du repos au lit, de la glace, on peut voir les signes s'amender, l'empâtement sous-costal s'atténuer. Mais, bien souvent, on assistera à une aggravation progressive, continue de l'état du malade.

La température se maintient aux environs de 38°, 38°5, alors que le pouls s'accélère à 110, 120. La douleur s'est atténuée, mais les vomissements se font plus fréquents.

Surtout, la contracture a diffusé, s'est étendue à l'épigastre, à la fosse iliaque.

Si l'on n'intervenait d'urgence, bientôt on verrait apparaître des signes de péritonite confirmée : facies plombé, nez pincé, respiration courte et superficielle,

température à 38°, contrastant avec un pouls ballant à 130, 140, oligurie, vomissements porracés.

L'examen abdominal montrerait un météorisme diffus, tympanique.

La palpation réveillerait une douleur étalée à tout le ventre, gardant cependant un maximum sous-costal.

L'intervention serait alors pratiquée sans aucune chance de succès et permettrait de découvrir une vésicule perforée ou un abcès périvésiculaire ouvert secondairement, ayant déterminé une péritonite généralisée.

Dans d'autres circonstances, on peut assister, chez un malade qu'on refroidit, à la localisation des signes. Une amélioration se dessinait franchement, lorsque, au septième, huitième jour, on note, avec la reprise de la fièvre, l'apparition d'un empâtement profond sous-costal.

Dans les jours qui suivent, la température remonte, la polynucléose sanguine se précise et, localement, on assiste au ramollissement du plastron qui aboutira à la constitution d'un phlegmon périvésiculaire.

Tout différent est le tableau de la cholécystite aiguë survenant chez un malade n'ayant, jusqu'alors, présenté aucun accident vésiculaire. Dans ces cas de cholécystites aiguës vraies, il est parfois très difficile de rapporter à sa cause exacte l'épisode abdominal aigu pour lequel on est appelé.

Parfois, cependant, le diagnostic s'impose : une femme de 40 à 50 ans a été prise, il y a quelques

heures, d'une douleur dans le côté, d'une extrême acuité. En même temps, quelques vomissements sont apparus.

A l'examen, on trouve une malade anxieuse, les traits tirés par la douleur. Sa température n'est pas très élevée, aux environs de 38°; son pouls rapide, mais bien frappé.

L'examen de l'abdomen montre que celui-ci ne respire plus.

Une palpation douce révèle une contracture pariétale intense, segmentaire dans l'hypocondre droit, en même temps qu'une douleur précise à la palpation appuyée. Le diagnostic ne fait pas de doute, même en l'absence d'antécédents.

L'intervention découvre une vésicule perforée ou en voie de perforation dont l'ablation est cependant grevée d'une lourde mortalité opératoire.

Mais, plus souvent, le tableau clinique est moins précis, moins localisé. Sous des traits plus estompés, se cachent parfois les mêmes lésions.

La douleur initiale a été moins vive, a diffusé plus rapidement, si bien qu'à l'examen, l'hypocondre est sensible, mais aussi l'épigastre, le flanc, voire la fosse iliaque.

Il existe une simple défense de la paroi. L'absence d'antécédents n'est pas pour faciliter le diagnostic.

L'erreur consisterait à dire appendicite haut située, plus souvent qu'ulcère perforé de l'estomac. Erreur à vrai dire légère, puisque aussi bien l'indication opératoire apparaît impérieuse.

Et c'est dans ces cas qu'on trouvera à l'intervention une vésicule phlegmoneuse, énorme, oedématiée, pré-

sentant parfois une plaquée de sphacèle prête à se rompre, tout au moins des lésions que ne laissaient pas prévoir les signes cliniques.

De nombreux auteurs, tant français qu'étrangers, ont insisté ces dernières années sur cette fréquente discordance entre signes cliniques et lésions anatomiques. C'est ainsi que TOUROFF, chez 75 malades opérés pour cholécystite aiguë, a toujours trouvé des lésions de la vésicule, vérifiées histologiquement, alors que les symptômes présentés étaient, dans 26 cas, de minime importance, et, dans 52 cas, complètement disparus.

« Les altérations pathologiques, écrit-il, variaient de la simple inflammation aiguë à l'inflammation hémorragique, phlegmoneuse, suppurée, gangréneuse, à l'empyème, la perforation, l'abcès péri-vésiculaire.

« 80 % des cas avaient des lésions en voie de disparition, ou susceptibles de disparaître; 20 % avaient des lésions progressives...

« Dans un cas donné, il est impossible de déterminer, avant l'opération, la nature exacte et l'étendue des lésions. »

HEUER tire les mêmes conclusions de l'étude de 212 cas de cholécystites aiguës.

« Une étude des relations entre les signes cliniques des cholécystites aiguës et le développement du processus inflammatoire montre qu'il n'y a aucun parallélisme entre eux. En d'autres termes, que les signes cliniques présentés par le malade ne sont capables de donner aucune indication certaine sur l'état et l'évolution du processus.,,

« Il n'est pas possible de prévoir, d'après les manifestations cliniques, l'avenir du mal. »

Nous nous excusons d'avoir dû rappeler les principaux caractères cliniques des cholécystites aiguës.

Ce court chapitre nous a néanmoins paru indispensable : il nous a permis d'opposer deux tableaux bien différents, selon que le malade a ou non déjà présenté des accidents vésiculaires.

D'une part, cholécystite aiguë vraie, vésicule libre, car première atteinte, adhérences fibrineuses récentes, lâches, permettant une extériorisation aisée de l'organe, de malades chez lesquels les accidents aigus soudains sont ou paraissent être la première manifestation d'une lithiasc.

D'autre part, vésicule petite, rétractée, enfouie sous un amas d'adhérences anciennes, dues aux poussées inflammatoires précédentes, collant aux organes voisins, foie, côlon, duodénum.

TRAITEMENT

GÉNÉRALITÉS

Nous avons déjà donné un rapide aperçu des discussions nées à propos du traitement à chaud des cholécystites aiguës lithiasiques.

Deux grandes tendances s'affrontent, chacune avec des arguments de poids, l'une préconisant l'abstention opératoire et n'intervenant que la main forcée pour faire le minimum; l'autre intervenant presque systématiquement pour faire à tout coup l'opération radicale.

Il est enfin une ligne de conduite intermédiaire qui, pratiquant d'abord la cholécystostomie à chaud, puis l'ablation de l'organe sitôt les lésions refroidies, bénéficierait théoriquement des avantages des deux méthodes et dont Mocquot s'est fait le promoteur.

INDICATIONS

Or, en pratique, il ne semble pas qu'on puisse, *a priori*, se déclarer partisan intransigeant de telle ou telle méthode,

En réalité, le problème qui se pose est le suivant et comporte plusieurs étapes.

Dans quelle mesure le diagnostic de cholécystite aiguë doit-il entraîner l'intervention?

Faut-il intervenir d'emblée et pratiquer le drainage simple de la vésicule?

Faut-il opérer à chaud et pratiquer systématiquement l'opération d'exérèse?

A vrai dire, les positions thérapeutiques semblent plus faciles à prendre si, pour juger de la nécessité ou de l'opportunité du traitement d'urgence et pour choisir entre les deux méthodes employées, on tient compte d'une première division dans le classement des infections vésiculaires aiguës lithiasiques, de celles qui distinguent avant tout les poussées aiguës survenant au cours de l'évolution d'une cholécystite chronique d'ancienne date, d'une part; les accidents aigus, soudains, qui sont ou paraissent être la première manifestation d'une lithiasé, d'autre part.

Cette distinction clinique permet dans une certaine mesure de préjuger des conditions anatomiques, partant des difficultés opératoires, que l'on rencontrera.

Qu'il suffise enfin de rappeler le rôle essentiel joué par la paroi vésiculaire dans la genèse des accidents locaux et généraux, infectieux et toxiques, auxquels on s'adresse.

A l'heure actuelle, l'accord est unanime dans un seul cas : l'intervention s'impose d'urgence lorsque la clinique aura reconnu les signes d'une atteinte vésiculaire qui en imposent pour une gangrène ou une perforation de l'organe, avec les indices d'une péritonite

menaçante : étendue de la contracture pariétale, intensité de la douleur, rapidité et faiblesse du pouls.

Dans tous les autres cas, s'opposent les deux tendances que nous avons énoncées plus haut : pour le plus grand nombre, le traitement médical suffit dans la plupart des cas et il est inutile d'intervenir d'urgence chez des malades dont la guérison spontanée est fréquente.

A l'appui de leur thèse, niant la nécessité de l'intervention à chaud, ils comparent appendicite et cholécystite pour dire qu'aucun parallèle n'est possible entre les deux.

Autant les complications de l'appendicite aiguë sont fréquentes, autant celles des cholécystites aiguës sont rares. La perforation y est exceptionnelle, l'infection reste localisée à la vésicule sans avoir tendance à se propager au péritoine. Les infections aiguës y sont plus rares et moins graves.

WHIPPLE, cité dans BAUER, met les malades en observation pendant quelques jours. Si la douleur n'a pas tendance à diffuser, ni la contracture à s'étendre, si la température et la leucocytose sanguine ne montent pas régulièrement, le traitement médical sera poursuivi jusqu'à guérison.

Cette façon de voir, soutenue encore aujourd'hui par un grand nombre, offre prise à de nombreuses critiques.

1° Pour être moins fréquentes qu'au cours de l'appendicite aiguë, les complications de la cholécystite

aiguë ne sont pas exceptionnelles.

Vouloir systématiquement temporiser, c'est risquer d'exposer le malade à un phlegmon péri-vésiculaire, à un abcès sous-phrénique.

Les statistiques publiées à l'étranger sont, à cet égard, démonstratives de la relative fréquence des complications qui marquent l'évolution de certaines cholécystites aiguës.

HEUER, sur 89 cas de cholécystites aiguës, a trouvé 18 cas qui présentaient à l'intervention des lésions de gangrène ou de perforation de la vésicule, soit 20 %.

JUDD et PHILIPPS donnent un pourcentage de 13,4 % ; ZINNINGER donne 20,5 % ; MORRIS SMITH, 22,4 %.

Ces statistiques concordantes montrent que la gangrène et la perforation sont loin d'être exceptionnelles, puisque le pourcentage des cas où on les rencontre est approximativement de 20 %.

2° Le traitement médical peut avoir raison d'accidents infectieux légers. Mais, dans certains cas, l'intervention s'avérera obligée dans les jours suivants, du fait de l'apparition de symptômes traduisant une aggravation.

On conçoit alors que l'opération sera pratiquée dans des conditions beaucoup plus aléatoires, chez un malade affaibli, infecté et intoxiqué.

3° Nous avons vu que, s'il existe cliniquement des formes à grand fracas qui imposent l'intervention immédiate, il en est d'autres plus estompées qui risquent pourtant de cacher sous des dehors modestes des lésions anatomiques comparables,

Nous avons déjà vu qu'il n'y avait guère de parallélisme entre les signes cliniques des cholécystites aiguës et le développement du processus inflammatoire.

BAUER et Chinassi HAKKI rapportent l'observation d'une malade traitée médicalement qui dessinait au troisième jour une nette amélioration.

Pourtant, le quatrième jour, elle faisait une perforation.

MONDOR cite le cas d'une malade qui fit une perforation vésiculaire au bout de quinze jours.

4° Même si le traitement médical amène la guérison, il est rare que les malades ne fassent pas, à plus ou moins brève échéance, de nouvelles poussées infectieuses qui amèneront un jour à intervenir.

L'opération se trouvera alors grandement entravée du fait des modifications de la vésicule scléreuse, rétractée, adhérente aux organes voisins, enfouie dans une gangue de péri-cholécystites.

Les difficultés opératoires seront ainsi multipliées, même à froid.

CONCLUSIONS

Tels sont les principaux arguments qui plaident en faveur de l'intervention précoce au cours des cholécystites aiguës.

En pratique, le problème est moins simple qu'il ne pourrait le paraître au premier abord,

On est appelé à juger avant tout de cas d'espèce, et nous ferons nôtres les conclusions que PAPIN a formulées dans un rapport à la *Revue de Chirurgie*, en 1921.

A. — Le malade est-il un lithiasique avéré qui a déjà fait de nombreuses crises aiguës?

Il semble qu'alors on ne doive pas intervenir systématiquement d'urgence. Les difficultés opératoires seront aussi grandes le premier jour que plus tard, car on sait que l'on va tomber sur une vésicule adhérente d'extériorisation difficile. Il semble logique dans ces cas de soumettre le malade à une surveillance médicale minutieuse.

L'apparition du moindre symptôme d'aggravation, extension de la contracture, accélération du pouls, altération des signes généraux, commande l'intervention.

B. — Il en va tout autrement si l'interrogatoire ne révèle aucun antécédent de souffrance vésiculaire.

Dans ces cas de cholécystites aiguës vraies, l'intervention ne souffre pas de retard. Nous avons vu qu'ici l'infection sera immédiatement celle de la grande cavité qu'une inflammation antérieure n'aura pas cloisonnée. ROHDE, cité dans PAPIN, formule que « dans les poussées aiguës, au cours des cholécystites chroniques, l'indication opératoire est relative et qu'on peut souvent temporiser.

« Au contraire, la cholécystite aiguë au premier accès constitue une indication opératoire absolue, en raison des dangers de l'inflammation du péritoine et de perforation vésiculaire, »

Or, à cette raison d'ordre anatomique vient s'en ajouter une autre, clinique celle-là : nous avons vu que le diagnostic de cholécystite aiguë n'était pas toujours évident et qu'il était souvent difficile d'éliminer cliniquement une appendicite aiguë sous-hépatique.

Il apparaît donc que, dans ces cas, l'intervention doit être systématique.

Ainsi, pour ce qui est des indications opératoires, il semble que l'on puisse conclure avec la majorité des chirurgiens que l'on doit intervenir obligatoirement d'urgence dans tous les cas où la gravité des signes est patente ou quand un doute persiste quant au diagnostic.

Dans les autres éventualités, il semble que l'on puisse soumettre le malade à une observation médicale minutieuse, l'intervention s'avérant nécessaire en cas d'aggravation régulière et progressive des signes, à condition, bien entendu, de ne pas trop attendre.

MÉTHODES

Si l'accord semble quasi unanime quand on envisage l'opportunité de l'intervention à chaud au cours des cholécystites aiguës lithiasiques, il en va tout autrement quand il s'agit du choix de l'opération à pratiquer.

Nous avons dit que chacune des méthodes préconisées avait ses défenseurs résolus.

Si l'on instituait le débat sur le plan théorique, pour juger de la valeur respective du simple drainage et

de l'opération d'exérèse, la cholécystectomie aurait bien des suffrages.

En effet, comme l'ont justement fait remarquer LERICHE, CHALIER, PAPIN, ce que l'on veut, quand on opère une cholécystite aiguë, c'est pallier aux accidents aigus actuels.

Dès lors, une raison sur l'importance de laquelle nous avons déjà insisté plaide en faveur de l'opération radicale : le fait que la paroi vésiculaire est génératrice des phénomènes généraux et locaux, infectieux et toxiques, auxquels on s'adresse.

LERICHE écrivait récemment : « La cholécystite aiguë est une cholécystite en vase clos et par vase clos. Il y a tant d'avantages à supprimer du premier coup cet organe aux parois infectées, ayant des ulcères et des plaques de gangrène, que, si la cholécystectomie est possible, il faut la faire. »

Or, il ne semble pas que la cholécystostomie soit capable d'amener la guérison, car elle laisse subsister le foyer infectieux pariétal.

LA CHOLÉCYSTOSTOMIE

Quels sont donc les arguments sur lesquels se basent les partisans de la cholécystostomie pour défendre l'opération de drainage simple?

La cholécystostomie, disent-ils, est une opération simple, facile, peu choquante, et qui est susceptible de donner de bons résultats.

M. SIKORA rapporte, en 1924, à la Société de Chirurgie, un cas de cholécystite aiguë traité il y a seize

ans par cholécystostomie et depuis lors en bonne santé.

Et de conclure que la cholécystotomie à chaud est moins grave que la cholécystectomie; elle peut donner des résultats aussi durables, quand il n'y a pas d'obstacles à l'écoulement de la bile.

THIÉRY rapporte 38 cas de cholécystostomies faites à chaud sans aucun décès.

Mais, en regard de ces cas favorables, combien ont-ils été grevés d'incidents, voire de complications souvent très graves?

BASSET cite le cas d'un de ses malades revu trois ans après une cholécystostomie et présentant des troubles digestifs attribués à des adhérences péripyloroduodénales, dans la genèse desquels la vésicule n'est certainement pas étrangère.

SAVARIAUD a dû faire une cholécystectomie secondaire, six mois après une cholécystostomie qui avait donné d'abord un bon résultat immédiat.

La statistique de HARTMANN, portant sur 46 cholécystostomies, donne :

- 22 fistules persistant pendant un temps plus ou moins long et pour lesquelles certains malades ont dû être réopérés;
- 1 décès au bout de trois ans, consécutif à l'oblitération spontanée de la fistule;
- 7 guérisons survenues après cholécystectomie secondaire;
- 3 décès, six, huit, dix-sept mois après cholécystostomie, pour cancer de la vésicule.

Une observation de SÈNÈQUE, rapportée à la Société de Chirurgie par CUNÉO, apparaît démonstrative des

risques que l'on peut encourir en pratiquant la cholécystostomie simple au cours des cholécystites aiguës vraies.

Nous la reproduisons *in extenso*.

M^{me} L..., 59 ans, entre à l'hôpital au mois d'octobre 1919. Elle souffre de crises douloureuses dans l'hypochondre droit et la fosse iliaque droite...

Elle a été réveillée dans la nuit du 4 au 5 octobre par une légère douleur débutant dans la fosse iliaque droite, avec irradiations à la base du thorax de ce même côté. Elle a eu un vomissement bilieux, sa température est à 38°5. Les jours suivants, tous les symptômes vont s'amender et, lors de son entrée à l'hôpital, ils ont complètement disparu.

A l'examen, légère douleur à la palpation de l'abdomen, pas de contracture. La température est à 37°6.

Dans la nuit du 13 au 14, elle accuse une douleur brusque dans la région vésiculaire qui dure toute la nuit, suivie le 15 d'une poussée thermique à 40°5; le 16, la température est retombée à 37°, pour remonter le 21 à 39°5 et le 24 à 40°1; toute la région vésiculaire est douloureuse : il existe un certain degré de contracture de la paroi.

La malade est affaiblie par cette dernière crise; aussi l'intervention est-elle décidée le 27.

Opérateur : SÉNÈQUE. Sous anesthésie locale : cholécystostomie.

L'ouverture de la vésicule ramène une bile noirâtre très épaisse. Suites opératoires : loin de s'améliorer, l'état général s'aggrave; dès la fin du premier jour et les jours suivants, les oscillations thermiques vont réapparaître entre 37 et 40°.

Une injection de lipiodol permet de déterminer la perméabilité complète des voies biliaires.

Huit jours après l'intervention, l'état général est extrêmement grave.

Réintervention le 5 novembre 1924. La vésicule est toujours rouge violacée avec quelques adhérences, les voies biliaires sont normales, non dilatées.

Cholécystectomie rétrograde. Un drain, deux mèches.

Suites opératoires : dès le lendemain, la température est normale, l'écoulement biliaire se fait normalement, les matières sont totalement décolorées. Au onzième jour, ablation du drain et des mèches.

Vers la fin décembre, les matières commencent à se recolorer, en même temps que diminue la fistule biliaire cutanée.

Le 15 janvier, la plaie est entièrement fermée, les selles ont repris leur coloration normale et la malade est complètement rétablie...

Ainsi, la cholécystostomie prête à de nombreuses critiques, elle n'est qu'une opération palliative; outre qu'elle offre le risque de laisser un calcul du cystique, elle laisse en place une vésicule gravement atteinte, avec lésions inflammatoires qu'elle est le plus souvent incapable de faire disparaître complètement.

Les accidents éloignés qui lui sont consécutifs sont sous la dépendance de l'infection vésiculaire persistante ou d'une nouvelle poussée infectieuse, favorisée par des désordres organiques profonds : destruction de l'épithélium, remplacé par une couche de cellules muqueuses sécrétant abondamment.

Au niveau du col existe une couche de cryptes dans lesquelles l'inflammation sommeille, la tunique musculuse est désagrégée, les fibres élastiques ont disparu; il deviendra dès lors nécessaire d'enlever secondairement la vésicule.

Les partisans de la cholécystostomie s'attachent à montrer que, dans bien des cas, l'exérèse de la vésicule s'avère techniquement impossible et qu'on a d'autres ressources alors que de pratiquer la cholécystostomie. Dans les sept observations que nous rapportons l'intervention s'est toujours avérée facile et rapide.

N'est-il pas d'ailleurs des cas où l'abouchement à la peau de la vésicule est rendu très difficile, sinon impossible, du fait d'adhérences serrées qui ne permettent pas une extériorisation suffisante de l'organe? On se contente alors, en général, d'effectuer un drainage, qui semble ne répondre qu'imparfaitement aux buts que l'on s'est assignés.

LA CHOLÉCYSTECTOMIE

Il n'est pas dans nos intentions de revenir à nouveau sur les avantages de la cholécystectomie sur lesquels nous avons insisté plus haut.

Nous avons essayé de montrer que, théoriquement, elle apparaissait comme l'intervention rationnelle qu'on devait chercher à pratiquer le plus souvent possible dans les cholécystites aiguës calculueuses, sans infection concomittante de la voie principale.

A l'appui de notre thèse, nous apportons sept observations qui s'ajoutent à celles qui ont déjà été publiées dans ces trente dernières années.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

M. L..., 61 ans.

Vu le 5 janvier 1935, au soir.

Il avait été pris, quarante-huit heures auparavant, en pleine bonne santé, de douleurs épigastriques et de vomissements bilieux. Il avait assisté ensuite à la sédation relative de ces phénomènes, qui avaient repris le jour même, dans la matinée.

A l'examen, les traits sont tirés; la température est à 38°5; le pouls est à 100. Le palper révèle de la douleur et de la contracture dans la région sous-hépatique. En outre, le malade n'a eu ni selle, ni gaz depuis le matin.

L'interrogatoire ne relève aucun autre antécédent qu'un diabète, pour lequel le sujet a été traité à maintes reprises.

On pense à une cholécystite aiguë grave et l'on conseille l'intervention d'urgence.

Celle-ci est pratiquée le 5 janvier 1935, à 22 heures.
(Opérateur : J. PATEL.)

Incision para-médiane droite, sus-ombilicale, le

long du bord externe du grand droit. L'appendice est sain, en position normale : il est laissé en place. Mais, de la région sous-hépatique, partiellement cloisonnée par l'épiploon enflammé, on voit sourdre du pus jaunâtre non fétide.

La vésicule est considérablement augmentée de volume, tendue à l'extrême, verdâtre, présentant deux plaques de sphacèle sur son corps. Toute la région est infiltrée par de l'œdème. L'exploration de la voie biliaire principale ne montre rien d'anormal.

On pratique une cholécystectomie. On met en place, dans la zone sous-hépatique, un sac de Mickulicz et trois mèches. La paroi est fermée en deux plans.

L'examen de la pièce opératoire montre une vésicule dont les parois sont épaissies et nécrosées, renfermant un pus fétide. Elle contient vingt-cinq petits calculs.

Les suites opératoires sont très vite favorables : émission de gaz au bout de trente-six heures. La température s'abaisse progressivement, pour être à 37° le septième jour.

On retire les mèches le septième jour et le sac le dixième jour.

Le malade quitte la clinique au bout de trois semaines.

Il a été revu, six mois plus tard, en excellent état.

OBSERVATION N° 2

M^{me} B..., Jeanne, 54 ans.

Vue le 15 mars 1935.

Elle avait été prise brusquement, quarante-huit heures auparavant, en pleine bonne santé, d'une très vive douleur ayant son maximum dans la fosse iliaque droite, accompagnée d'un vomissement alimentaire.

A l'examen, on est frappé par l'intensité des signes généraux : facies anxieux, pouls à 120, température à 38°5.

Le ventre est sensiblement ballonné. Sa palpation permet de mettre en évidence une tumeur piriforme, de consistance dure, mate à la percussion et très douloureuse, pendant verticalement dans l'hypocondre droit, et qui semble être la vésicule.

L'interrogatoire ne révèle aucun antécédent de souffrance vésiculaire.

L'intervention est pratiquée le 15 mars 1935, à 16 heures. (Opérateur : J. PATEL.)

Sous anesthésie générale à l'éther, on fait une incision para-médiane droite, sur le bord externe du grand droit.

On se trouve alors devant une vésicule énorme, tendue, noirâtre.

Toute la région est infiltrée par l'œdème.

La cholécystectomie est rapide et facile.

On met en place un drain sous-hépatique.

L'examen de la pièce opératoire montre une vésicule à parois sphacélées, renfermant vingt calculs, dont un gros obturant le cystique.

Les suites opératoires sont vite favorables.

La guérison est obtenue en trois semaines.

OBSERVATION N° 3

M^{me} H... Germaine, 40 ans.

A été vue le 25 mai 1935.

La malade avait été prise, trois jours auparavant, en pleine bonne santé, d'une douleur soudaine dans l'hypocondre droit, accompagnée de vomissements, en même temps que sa température s'élevait à 39°.

A l'examen, on trouve une malade aux traits tirés. La température est à 40°, le pouls bat à 120. La palpation révèle une contracture diffuse de l'abdomen, ayant son maximum dans la région sous-costale droite, en même temps qu'une douleur très vive quand on insiste.

L'interrogatoire ne révèle pas le moindre antécédent, hépatique ou autre.

L'intervention est pratiquée le 25 mai 1935, à 18 heures. (Opérateur : J. PATEL.)

Sous anesthésie générale à l'éther, on fait une incision paramédiane droite, sus-ombilicale, le long du bord externe du grand droit.

Dès l'ouverture du ventre s'écoule un liquide séropurulent.

La vésicule apparaît volumineuse, tendue, rigide, rougeâtre, avec, à sa surface, deux plaques de sphacèle sur le fond. Le péritoine est très œdématisé.

La cholécystectomie est rapide et facile.

On met en place deux mèches au niveau du lit de la vésicule.

La paroi est fermée en deux plans.

L'examen de la pièce opératoire montre une vési-

cule à parois très épaissies, fortement congestionnées et en voie de sphacèle ici et là. Elle contient deux gros calculs.

Les suites opératoires sont normales.

La malade sort guérie au dix-huitième jour.

Elle a été revue en parfaite santé, quatre mois plus tard.

OBSERVATION N° 4

M^{lle} G... Louise, 35 ans.

Vue le 4 janvier 1936.

Elle avait été prise, trente-six heures auparavant, en pleine santé, de douleurs épigastriques très vives, accompagnées de vomissements incessants.

A l'examen, la température est à 38°2, en contraste avec un pouls d'accélération anormale battant à 110.

La palpation révèle l'existence d'une contracture ayant son maximum dans la zone sous-hépatique, en même temps qu'une douleur vive à la pression de la région sous-costale.

L'interrogatoire ne révèle aucun antécédent lithiasique.

On pense à une cholécystite aiguë et on décide d'intervenir.

L'intervention est pratiquée le 4 janvier 1936, à 21 heures. (Opérateur : J. PATEL.)

Sous anesthésie générale à l'éther, on fait une incision médiane sus-ombilicale.

On ne trouve pas de liquide à l'ouverture du péritoine,

Mais on tombe sur une vésicule considérablement augmentée de volume, très tendue, rouge, rigide, présentant à sa surface une place de sphacèle près du fond.

L'exploration de la voie biliaire principale ne montre rien d'anormal.

On pratique la cholécystectomie, du fond vers le col. Celle-ci est facile et rapide.

On place un drain et une mèche dans le lit de la vésicule.

L'examen de la pièce opératoire montre une vésicule à parois très épaissies. La muqueuse est nécrosée par places.

On trouve à l'intérieur une trentaine de petits calculs.

Les suites opératoires sont très vite simples.

La malade sort guérie le dix-septième jour.

OBSERVATION N° 5

M^{me} S... Marcelle, 33 ans.

A été vue le 27 février 1936.

Elle avait été prise, quarante-huit heures auparavant, en pleine santé, d'une douleur violente, épigastrique, et de vomissements bilieux.

Après une accalmie de quelques heures, est reprise des mêmes troubles, en même temps que se manifeste une ascension thermique très progressive : 37°8, 38°, 38°7, en même temps qu'on note une accélération régulière du pouls qui passe, en quelques heures, de 80 à 90, puis à 100,

A l'examen, on note l'immobilité respiratoire de l'hypocondre droit et la palpation permet de mettre en évidence, sous le rebord costal, une douleur vive et de la contracture.

L'interrogatoire ne révèle pas le moindre antécédent hépatique ou autre.

Malgré leur absence, on porte le diagnostic de cholécystite aiguë et l'on dit crise sérieuse en raison de la modification progressive des signes généraux.

L'intervention est pratiquée le 27 février 1936, à 22 heures. (Opérateur : J. PATEL.)

Incision médiane sus-ombilicale. Il n'y a pas de liquide dans le péritoine; mais on voit aussitôt la vésicule verdâtre, considérablement augmentée de volume, grosse comme une poire, tendue à l'extrême et présentant au niveau de son fond une plaque de sphacèle. Toute la région est libre d'adhérences. La voie biliaire principale ne contient pas de calculs.

On pratique une cholécystectomie. On met en place dans la zone sous-hépatique un drain et deux mèches. La paroi est fermée en deux plans.

L'examen de la pièce opératoire montre une vésicule aux parois épaisses et rigides, contenant de la bile infectée. Sa muqueuse est noirâtre et elle renferme cinq volumineux calculs.

Les suites opératoires sont très vite favorables.

On pratique l'ablation du drain le quatrième jour et celle des mèches le septième.

La malade quitte la clinique le 9 mars, soit onze jours après l'intervention.

Elle a été revue, huit mois plus tard, en excellente santé,

OBSERVATION N° 6

M^{me} P... A., 49 ans.

A été vue le 24 janvier 1937.

Elle avait été prise, trente-six heures auparavant, de douleurs épigastriques très vives que rien ne calme, accompagnées de vomissements.

On apprend par l'interrogatoire que la crise actuelle est la troisième qu'elle présente, les précédentes ayant cédé au traitement médical.

A l'examen, on note une immobilité respiratoire, en même temps que la palpation révèle une contraction franche de la région sous-hépatique et une douleur extrêmement vive sous le rebord costal.

En raison des antécédents et de la localisation des signes, on porte le diagnostic de cholécystite aiguë. Le pouls est à 120, la température à 38°.

L'intervention est pratiquée le 24 janvier 1937, à 23 heures. (Opérateur : J. PATEL.)

Incision médiane sus-ombilicale. On ne trouve pas de liquide à l'ouverture du ventre, mais on tombe aussitôt sur une vésicule énorme sous tension très augmentée de volume, grisâtre, recouverte d'une séreuse œdématiée.

L'exploration de la voie biliaire principale ne montre rien d'anormal.

On pratique une cholécystectomie. Un drain et deux mèches sont placés dans la zone sous-hépatique.

La paroi est fermée en deux plans.

L'examen de la pièce opératoire montre une vésicule à parois très épaissies, congestionnées, La mu-

queuse est grisâtre, en certains points. On trouve six petits calculs.

Les suites opératoires sont très simples. La malade quitte la clinique le seizième jour.

OBSERVATION N° 7

M^{me} C..., 57 ans.

Vue le 27 février 1911.

Elle avait été prise, vingt-quatre heures auparavant, en pleine santé, d'une douleur vive dans le flanc droit, s'accompagnant de vomissements bilieux.

Une légère accalmie s'était ensuite manifestée, et quand on voit la malade, on trouve à l'examen une défense du grand droit surtout marquée dans la zone para-ombilicale.

Le maximum de douleur à la pression est également situé dans la région para-ombilicale. La température est à 38°, le pouls à 100.

On hésite entre appendicite aiguë et cholécystite, d'autant qu'il n'existe aucun antécédent de souffrance vésiculaire.

L'intervention est pratiquée le 27 février 1911, à 23 heures. (Opérateur : GUNY.)

Incision le long du bord externe du grand droit, à cheval sur l'ombilic.

On découvre une vésicule plus grosse qu'un poing, très tendue, rougeâtre, œdématisée. Une ponction, suivie d'aspiration, est pratiquée, qui ramène du pus.

On pratique une cholécystectomie que l'on fait en

deux temps, la première ligature portant sur le corps de la vésicule. Grâce à ce nouveau décollement, on arrive sur le pédicule que l'on lie par une soie double.

Le lit de la vésicule saigne abondamment; on tasse à ce niveau une mèche et l'on met en place un drain de caoutchouc.

Fermeture de la paroi en un plan au crin double.

L'examen de la pièce opératoire montre une vésicule dont les parois sont épaissies, atteignant par endroits 1 cm., et qui est bourrée de calculs.

Les suites opératoires sont simples; la malade sort de l'hôpital, guérie, au trente-cinquième jour.

CONCLUSIONS

1° Dans 3 observations, l'intervention a été décidée alors qu'é, faute d'antécédents, un diagnostic précis n'avait pu être posé.

2° Il s'agissait toujours de volumineuses vésicules phlegmoneuses aux parois infiltrées, certaines présentant des plaques de sphacèle prêtes à se rompre.

Elles renfermaient toutes des calculs, avec en général un plus volumineux enclavé dans le cystique.

3° L'opération dans tous les cas s'est avérée facile et fut faite très rapidement.

4° Les suites opératoires sont remarquablement simples, les opérés quittant la clinique de quinze à trente jours après l'intervention.

5° Plusieurs malades furent revus dans les mois

qui suivirent; ils étaient tous en bonne santé et ne se plaignaient d'aucun trouble digestif ou autre.

Statistiques

Les statistiques publiées depuis 1910 plaident en faveur de l'opération radicale pratiquée à chaud.

— KÖRTE (in LERICHE, *Revue de Chirurgie*) rapporte 36 cas de cholécystites aiguës opérées à chaud.

La *cholécystectomie* fut pratiquée dans 33 cas, la *cholécystostomie* dans 3 cas, une fois chez une femme obèse chez laquelle la cholécystectomie était techniquement très difficile, une fois il y avait un phlegmon biliaire. Dans le troisième cas, on croyait à l'existence d'une pancréatite concomitante.

— BRAUN rapporte 9 cas de cholécystites aiguës; 3 malades présentaient déjà des signes de péritonite; il pratiqua 4 cholécystectomies avec 4 succès; 2 fois où l'intervention très rapide s'imposait il fit une cholécystostomie. Chez l'un la fistule persista six mois, l'autre guérit. On intervint une seule fois pour les malades qui avaient de la péritonite et l'on se contenta de tamponner la région vésiculaire.

— A la clinique d'Heidelberg, de 1907 à 1910, 62 malades furent opérés à chaud; sur 39 malades cholécystectomisés, il n'y a eu qu'un seul cas de mort. Sur 14 malades qui avaient en même temps de l'angiocholite, la cholécystectomie avec drainage a donné 3 morts et 11 guérisons.

La cholécystostomie simple a été suivie d'échecs dans 3 cas sur 4. Dans 5 cas avec péritonite diffuse,

on fit 4 cholécystostomie avec 3 insuccès. La cholécystectomie faite une seule fois a réussi.

A la clinique de Trendelenbourg, sur 10 malades atteints de cholécystites, 4 ont été opérés dans les quarante-huit premières heures; la cholécystostomie fut pratiquée une fois; elle laissa à sa suite une fistule qui dure depuis dix ans. 3 cholécystectomies furent suivies de guérisons rapides.

Dans un cas de cholécystite gangréneuse, le drainage simple a été suivi d'une mort rapide.

— HOFMEISTER a fait 15 cholécystectomies.

Il s'agissait 4 fois de cholécystites aiguës simples, 1 fois de cholécystite phlegmoneuse, 10 fois de cholécystite gangréneuse.

Il eut 1 seul décès au neuvième jour.

— LERICHE et COTTE rapportent 7 cas opérés à la clinique du professeur PONCET de 1906 à 1912.

La cholécystectomie pratiquée 6 fois, dont 1 fois pour cholécystite perforée, amena une guérison rapide.

La cholécystostomie fut pratiquée dans un cas où il y avait une perforation pariétale et un phlegmon du voisinage. La guérison fut obtenue, mais trois ans plus tard se développa une grave sténose pylorique qui nécessita une intervention itérative.

Plus récemment, nous avons pu relever d'autres cas de cholécystites aiguës opérées à chaud par cholécystectomie.

En 1921, PAPIN rapporte 1 cas de cholécystite aiguë phlegmoneuse opérée à chaud et à qui on fit une cholécystectomie et qui guérit.

En 1924, CHALIER rapporte 2 observations de cho-

lécystectomie pratiquées à chaud sans drainage avec succès.

— En 1930, PAPIN analyse 8 cas de cholécystites aiguës calculeuses opérées à chaud par CHAUVENET, toutes avec succès. Dans un de ces cas, la cholécystostomie simple fut pratiquée, étant donné l'état de la malade. La fistule se ferma au bout de deux mois et demi et la malade se déclara complètement guérie, lorsque, six mois plus tard, elle est reprise de soudaines et très violentes douleurs dans l'hypocondre, avec température à 39°5 et pouls rapide; l'intervention montra une énorme vésicule présentant une vaste plaque de gangrène sur le fond.

Cholécystectomie. Guérison.

La vésicule contenait du liquide bilio-purulent et deux calculs résiduels.

— En 1931, BAUER et Chinassi HAKKI rapportent 42 cas de cholécystites aiguës lithiasiques, dont 4 avec perforation vésiculaire, tous opérés à chaud.

La cholécystectomie fut pratiquée dans 39 cas qui se répartissent ainsi :

36 pour cholécystites aiguës non perforées;

1 pour perforation vésiculaire avec péritonite généralisée;

2 pour perforation vésiculaire avec péritonite localisée.

Les auteurs séparent les cas qui s'accompagnaient de perforation. Dans ces conditions ils ont eu :

5 décès sur 36 cholécystectomies à chaud;

2 embolies post-opératoires qui, disent-ils, ne semblent pas devoir être rapportées à l'intervention à chaud;

1 décès le deuxième jour, de néphrite aiguë concomitante;

1 décès le deuxième jour, de phénomènes pulmonaires;

1 décès le huitième jour, d'hémorragie secondaire qui semble devoir être mise au compte de la cholécystectomie à chaud.

Tous les autres opérés guérissent sans incident et quittèrent l'hôpital en moyenne le 25^e jour.

Par contre, une cholécystectomie, pour cholécystite perforée avec péritonite généralisée et 2 pour cholécystite localisée ont toutes les trois été suivies de décès.

HEUER, dans une récente statistique (1937), apporte 153 cas de cholécystite aiguë opérée par lui.

40 présentaient des lésions de gangrène et 16 une perforation de la vésicule.

Dans 137 cas, la cholécystectomie fut pratiquée. Il eut trois décès post-opératoires, soit une mortalité de 2,1 %.

Dans 15 cas, il fit une cholécystostomie. Il eut deux décès, soit une mortalité de 12,5 %. Dans un cas, enfin, où il y avait perforation de la vésicule et péritonite généralisée, il fit un simple drainage abdominal qui fut suivi de décès.

Et l'auteur de conclure que la mortalité est si favorable en comparaison des statistiques publiées qu'il pense juste de continuer une méthode opposée à la méthode conservatrice.

Ainsi, les résultats que nous venons d'exposer sont, non seulement favorables à la pratique de l'interven-

tion à chaud, précoce, mais à la réalisation de l'opération radicale, la cholécystectomie.

D'où vient donc que la cholécystectomie soit encore si vivement combattue? On lui reproche d'être trop choquante pour des malades âgés, d'exposer à la dissémination péritonéale de l'infection, aux hémorragies secondaires et aux adhérences.

Dans les observations que nous avons rapportées, l'intervention s'est révélée facile et n'a certainement pas été plus choquante que la cholécystostomie.

Parmi les 36 cas de BAUER que nous citons plus haut, plusieurs étaient gravement infectés et cependant la guérison fut obtenue dans 30 cas. On n'observa pas de péritonite secondaire et un seul malade mourut d'hémorragie au huitième jour.

Quant aux accidents éloignés, ils ne semblent guère être l'apanage des cholécystectomies, puisque bien des malades ont été revus, des mois et des années après l'intervention, en excellent état.

Faudrait-il en conclure que la cholécystectomie doive être pratiquée systématiquement dans tous les cas de cholécystite aiguës, comme l'appendicectomie dans l'appendicite aiguë?

Il ne semble pas que l'on puisse répondre par l'affirmative. Ce que l'on peut dire, c'est que la cholécystectomie à chaud est préférable, que c'est elle qu'on doit rechercher.

Mais, nous y avons insisté, toutes les cholécystites aiguës ne se ressemblent pas. Il existe des cas d'espèce qui exigeront des façons de faire variables, c'est un point sur lequel LECÈNE a insisté, il y a déjà longtemps.

C'est pourquoi on pourra être amené parfois à suivre une ligne de conduite, qui ne pourra répondre qu'imparfaitement aux buts que l'on s'était assignés.

Quels sont donc les éléments qui, devant un malade donné, seront susceptibles de faire substituer la cholécystostomie à la cholécystectomie, meilleure et préférable.

CONDITIONS GÉNÉRALES D'UNE PART,

CONDITIONS LOCALES DE L'AUTRE.

1° *Conditions générales* portant sur l'âge du sujet, son état de résistance, le degré d'infection et d'intoxication qu'il présente. Ce sont là les données inhérentes à toute intervention chirurgicale.

2° *Les conditions locales* sont, au contraire, bien particulières. Ce sont elles, comme l'a écrit PAPIN, qui fourniront l'indication impérative ou la contre-indication, ou simplement la possibilité de l'opération radicale.

Éliminant les cas avec infection concomitante de la voie principale, puisqu'aussi bien ils ne font pas partie de notre étude, on peut dire que, dans le cas de cholécystite aiguë isolée, ce sont les conditions anatomiques reconnues une fois le ventre ouvert qui dicteront la conduite à tenir.

Il est des cas où l'opération radicale s'impose.

Telle l'éventualité d'une cholécystite perforée ou gangréneuse, telle aussi celle des cholécystites phlegmoneuses ou la vésicule turgescence, libre, tendue est d'extériorisation facile et d'ablation aisée.

Il est, par contre, des vésicules adhérentes pour lesquelles, et bien qu'on soit sûr de la supériorité de la cholécystectomie, celle-ci s'avère techniquement impossible.

C'est le cas des vésicules adhérentes à la paroi ou aux organes voisins, foie, colon, duodénum, où des adhérences anciennes difficiles à libérer, témoins d'une vieille affection chronique, rendent l'opération radicale impossible et commandent la cholécystostomie, qui sera suivie ultérieurement de cholécystectomie.

Par contre, on peut trouver des vésicules scléreuses rétractées dans la profondeur. Leur abouchement à la paroi s'avérant difficile, il semble y avoir avantage à pratiquer dans ce cas l'opération radicale.

Un dernier point enfin a été discuté dans la pratique de la cholécystectomie : peut-on s'abstenir du drainage?

Certains avec LERICHE, COTTE et CHALIER se sont faits les défenseurs de cette manière de faire.

Ce dernier rapporte deux cas de cholécystectomie faites à chaud pour cholécystites aiguës calculueuses sans drainage, avec succès. Il préconise cette attitude pour les cas où l'on aura pu extirper l'organe septique en vase clos, sans la moindre fissure, où l'on

aura pu faire une ligature suivie d'enfouissement du moignon, où l'hémostase des pédicules et des zones de décollement aura été pratiquée soigneusement, et où on aura fait un assèchement et un nettoyage complet du foyer opératoire.

A vrai dire, il semble que ces cas représentent une minorité. En effet, lors des manœuvres opératoires qu'implique la libération de la vésicule malade, il se produit presque fatalement un saignement en nappe au niveau du lit de la vésicule, qui oblige à mécher la région sous-hépatique.

Dans les observations que nous avons rapportées, le drainage a toujours été pratiqué et les suites opératoires ont été simples.

La cicatrisation fut obtenue rapidement sans éven-tration.

CONCLUSIONS

1° Il semble, d'après les faits que nous venons d'exposer, que l'intervention à chaud au cours des cholécystites aiguës lithiasiques mérite une faveur plus grande que celle qu'on lui a accordée jusqu'à ce jour.

Outre que l'inflammation de la vésicule est d'évolution et d'avenir imprévisibles, l'intervention précoce permet d'intervenir sur un sujet dont l'état général est encore conservé, chez lequel l'opération radicale pourra être effectuée dans les meilleures conditions.

2° Il n'est cependant pas dans nos intentions de préconiser la cholécystectomie comme intervention optima pour tous les cas dans toutes les circonstances.

a) Celle-ci apparaît, en effet, contre-indiquée chez les malades vus tardivement, à mauvais état général, susceptibles de ne pas supporter une intervention plus choquante d'une durée plus grande;

b) Il en va de même pour ceux chez lesquels, une fois le ventre ouvert, on aura trouvé une vésicule scléreuse rétractée, d'extériorisation difficile du fait de brides et d'adhérences voisines dont l'ablation ne serait praticable qu'au prix de manœuvres assez

longues peu recommandables chez un malade de résistance amoindrie.

Dans chacune de ces éventualités, le drainage simple constituera une intervention de nécessité quitte à pratiquer, dans un deuxième temps, l'exérèse de la vésicule.

Mais, dans la plupart des autres circonstances, il semble que les préférences doivent aller à l'opération radicale qui constitue l'intervention de choix, de technique facile, dont l'indication mérite d'être posée plus fréquemment.

Vu :

Le Président,
M. LENORMANT.

Vu :

Le Doyen,
A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de
Recteur de l'Académie de Paris :
MAURAIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLENDE et BERGOLEA. — La cholécystectomie d'urgence dans les cholécystites aiguës graves. (*Boletinos y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires*, t. 19, n° 1, 3 avril 1935.)
- ANDREWS (E.). — (*Surgery Gynecology and Obstetric.*, vol. 57, p. 36, 1933.)
- ARNSPERGER. — (*Medizinische Klinik*, 1908, t. 1, p. 354.)
- BASSOLS. — La chirurgie des cholécystites aiguës. (*Revista de Gastro-Enterologia*, t. 1, n° 2, nov.-déc. 1935.)
- BAUER et HAKKI (Chinassi). — 39 cas de cholécystectomie à chaud pour cholécystite aiguë lithiasique. (*Revue de Chirurgie*, t. 69, mars 1931.)
- BENGOLEA. — La cholécystectomie d'urgence pour les cholécystites graves. (*Boletinos y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires*, t. 19, n° 4, 8 mai 1935; t. 19, n° 6, 5 juillet 1935.)
- BERITENS. — Cholécystite suppurée. (*La Medicina Ibera*, t. 29, n° 907, 30 mars 1935.)
- BOURDE. — Deux cas de cholécystectomie pour cholécystite aiguë. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, t. 4, n° 4, avril 1930.)
- A propos de la cholécystectomie pour cholécystite aiguë. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, t. 4, n° 5, mai 1930.)

- BRAUN. — Chirurgie de la vésicule. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. 102, 1909, p. 308.)
- BRUGGEMAN. — Le traitement de la cholécystite aiguë. (*Annals of Surgery*, vol. 87, p. 423, 1928.)
- CHALIER. — Le traitement des cholécystites aiguës par la cholécystite à chaud sans drainage. (*Lyon Chirurgical*, janvier 1924, p. 90.)
- CHAUVENET. — Quelques cas de cholecystites aiguës calculeuses traitées par la cholécystectomie à chaud. (*Bordeaux Chirurgical*, t. 1, n° 2, juillet 1930; *Progrès Médical*, n° 20, 15 mai 1937.)
- COTTE. — Traitement chirurgical de la lithiasé biliaire et de ses complications. Indications opératoires. Choix des procédés. Résultats. (*Thèse de Lyon*, 1908, t. 5, p. 34.)
- Du choix de l'intervention dans la lithiasé biliaire. (*Lyon Chirurgical*, 1910, t. 4, p. 469.)
- De la cholécystectomie à chaud dans les cholécystites aiguës calculeuses. (*Revue de Chirurgie*, 1912.)
- CRESSON. — Cholécystectomie pour cholécystite aiguë en voie de perforation chez une femme de 78 ans. (*Société des Chirurgiens de Paris*, 17 mars 1933.)
- CUREL. — (*La Provence Médico-Chirurgicale*, février 1937.)
- DUFOUT et LERICHE. — Cholécystite aiguë. (*Lyon Médical*, 1913.)
- FABRE. — Cholécystite aiguë. (*Société anatomique de Paris*, 8 novembre 1934.)
- FAURE et LABEY. — Maladies chirurgicales du foie. (In *Nouveau Traité de Chirurgie*, t. 27, p. 70.)
- FIGUERAS-JAUME. — Un cas de cholécystite gangréneuse avec péritonite diffuse chez un enfant. Cholécystectomie. Guérison. (*Bulletti de la Sociedad de Cirugia de Catalunya*, n° 1, 1935.)
- FINNEY (J.-M.). — Discussion à propos des cholécystites aiguës. (*Annals of Surgery*, vol. 98, p. 779, 1933.)
- FINSTERER. — (*Medizinische Klinik*, t. 31, 1935; *Wiener Med. Woche*, 1937; *Zentralblatt für Chirurgie*, 1920.)
- FLINT. — Observation sur des cas de lithiasé biliaire. (*The Lancet*, vol. 1, p. 187, 1933.)

- GALLO. — La cholécystectomie d'urgence dans les cholécystites aiguës. (*Boletinos de la Sociedad de Cirugía de Buenos-Aires*, n° 7, 12 juin 1935.)
- GRAHAM (H.-F.). — L'opération précoce dans les cholécystites aiguës. (*Annals of Surgery*, vol. 93, n° 6, juin 1931.)
- HABERER. — Sur la cholécystectomie idéale. (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1920.)
- HALLÉ et MARQUÉZY. — Cholécystite perforante et gangréneuse à Perfringens. (*Bulletin de la Soc. Méd. Hôpitaux de Paris*, vol. 46, p. 49, 1922.)
- HARTEL. — Indications opératoires et traitement de la cholécystite aiguë. (*Zentralblatt für Chirurgie*, n° 49, décembre 1936.)
- HARTMANN. — Les suites éloignées de la cholécystostomie. Chirurgie des voies biliaires. (*Travaux de Chirurgie*, 1923.)
- HARTTUNG. — Cholécystostomie et cholécystectomie secondaire. (*Zentralblatt für Chirurgie*, n° 13, 28 mars 1936.)
- HAUTEFORT. — Vésicule et lithiase. (*Thèse Paris*, 1909, p. 177.)
- HESSE. — Intervention précoce dans les cholécystites aiguës et fermeture primitive, sans drainage, de la paroi, après cholécystectomie. (*Journal de Chirurgie*, t. 26, p. 559.)
- HEUER. — Traitement chirurgical de la cholécystite aiguë. (*New-York State Journal of Medicine*, vol. 36, n° 21, octobre 1936.)
- Les aspects chirurgicaux de cholécystites aiguës. (*Annals of Surgery*, vol. 105, 1937, p. 758.)
- KEHR. — (*Handbuch des Praktische Chirurgie*, 1903; *Technik der Gallenstein Operation*, 1908.)
- KIRCHMAYER (R.-L.). — (*Zentralblatt für Chirurgie*, vol. 52, 1925, p. 1522.)
- KÖRTE. — (*Chirurgie hépato-biliaire*, Berlin, 1905.)
- KUNATH. — Le traitement de la cholécystite aiguë. (*S.G.O.*, t. 65, 1937.)
- LECÈNE. — (*Presse médicale*, 6 décembre 1913.)
- Rapport d'une observation de F. Papin : cholécystectomie à chaud pour cholécystite aiguë calculieuse. (*Société de Chirurgie de Paris*, 1921.)

- Rapport sur une observation de M. Petridis : un cas de cholécystectomie à chaud pour cholécystite aiguë calculieuse. (*Société de Chirurgie de Paris*, 1922.)
- LEREBOULLET. — Cholécystite perforante et gangréneuse avec microbes anaérobies dans le pus. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 1922, p. 257.)
- LERICHE. — Dix cas de cholécystectomie à chaud pour cholécystite aiguë. (*Lyon Chirurgical*, 1914-15, vol. 12, p. 391.)
- Sur le traitement des cholécystites aiguës par la cholécystectomie. (*Lyon Chirurgical*, 1924, vol. 21, p. 95.)
- A propos de 50 cas de cholécystectomie pour lithiase vésiculaire avec 50 guérisons. (*Lyon Médical*, 1921, p. 894.)
- LERICHE et COTTE. — Cholécystectomie à chaud dans les cholécystites calculieuses. (*Revue de Chirurgie*, t. 46, 1912, 10 décembre.)
- LIEDBERG (N.). — Cholécystite aiguë. (*Acta Chirurgica Scandinavica*, juin 1937.)
- LILIENTHAL. — Cholécystectomie. Méthodes et résultats. (*Annals of Surgery*, juillet 1904.)
- LIPSHUTZ. — La cholécystite aiguë. (*Annals of Surgery*, vol. 101, n° 2, février 1935.)
- MASCIOTTRA. — La cholécystectomie d'urgence dans les cholécystites aiguës graves. (*Boletinos de la Sociedad de Cirugia de Buenos-Aires*, t. 19, avril 1935.)
- MAYO. — Revue de 1.500 cas d'opérations sur la vésicule. (*Annals of Surgery*, 1906.)
- Mortalité et résultats éloignés en chirurgie. (*Surgery, Gynecology and Obstetric*, t. 32, 1921, p. 97.)
- Les cholécystites aiguës pancé-symptomatiques. (*Surgery, Gynecology and Obstetric*, vol. 4, p. 709, 1932.)
- MENTZER. — La cholécystectomie sans drainage. (*Surgery, Gynecology and Obstetric*, vol. 61, n° 4, octobre 1935.)
- MILLER (R.-H.). — La cholécystite aiguë. (*Annals of Surgery*, vol. 92, 1930.)
- MOCQUOT. — Conduite à tenir dans les cholécystites aiguës suppurées. (*Société de Chirurgie*, nov, 1920, p. 1334.)

- MONSARRAT. — Remarques sur les indications de la cholécystectomie. (*British Medical Journal*, 12 mars 1921.)
- MOYNIHAN. — Diagnostic et traitement chirurgical précoce de la lithiase biliaire. (In *Journal de Chirurgie*, t. 2, p. 209.)
- NICKEL et JUDD. — Cholécystite. Etude bactériologique de 300 cas de vésicules biliaires enlevées chirurgicalement. (*Surgery, Gynecology and Obstetric*, vol. 50, 1930, p. 655.)
- NORDMANN. — Le traitement opératoire des cholécystites aiguës. (*Archiv für Klinische Chirurgie*, 1921.)
- NOVI. — Considérations cliniques sur 402 cas de cholécystectomie. (Analyse in *Journal de Chirurgie*, 1930, p. 602.)
- PATEL (J.). — A propos du traitement à chaud des cholécystites aiguës lithiasiques. (*La Médecine*, n° 16, novembre 1936.)
- PAPIN. — L'intervention à chaud dans les cholécystites aiguës calculeuses. (*Revue de Chirurgie*, 1921, t. 49, p. 648.)
— La cholécystectomie à chaud pour cholécystite aiguë calculeuse. (*Société de Chirurgie de Paris*, 1921, t. 47.)
— (*Gazette Médicale de France*, 1925.)
- PENNOYER et GRANT. — Résultats du traitement conservateur dans la cholécystite aiguë. (*Annals of Surgery*, vol. 107, 1938, p. 543.)
- PFEIFFER. — La cholécystite aiguë. (*Annals of Surgery*, n° 3, mars 1935.)
- PRATT (G.-H.). — Cholécystectomie et cholécystostomie dans les cholécystites suppurées et gangréneuses. (*The American Journal of Surgery*, vol. 22, n° 1, octobre 1933.)
- PRINGLE. — Cholécystite aiguë. (*The Irish Journal of Medical Science*, n° 107, novembre 1934.)
- QUÉNU. — Les indications opératoires dans la lithiase biliaire. (*Revue de Chirurgie*, t. 38, 1908, p. 689.)
- RALPH COL (P.). — Cholécystite aiguë. (*Annals of Surgery*, vol. 103, n° 1, janvier 1936.)
- RITTER. — Sur la fermeture du péritoine sans drainage à la suite des opérations sur les voies biliaires. (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1921.)

- SABADINI. — Péritonite biliaire consécutive à une cholécystite lithiasique sans perforation de la vésicule. Cholécystostomie suivie de cholécystectomie. Guérison. (*Société de Chirurgie de Paris*, 12 juillet 1933.)
- SCHULTZ. — La soi-disant cholécystectomie idéale. (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1921.)
- SÉNÈQUE. — Cholécystite aiguë. Cholécystostomie. Persistance des accidents. Cholécystectomie. Guérison. (*Société de Chirurgie*, 1925, p. 368. Rapport de M. Cunéo.)
- SIKORA. — Cholécystite aiguë. Cholécystostomie. Guérison depuis 16 ans. (*Société de Chirurgie*, 1924, p. 1134. Rapport de M. Mocquot.)
- SMITH (H.-K.). — Le traitement de la cholécystite aiguë. (*Annals of Surgery*, vol. 98, 1933, p. 766.)
- STARR JUDD et PHILIPPS. — Perforation de la vésicule biliaire dans la cholécystite aiguë. (*Annals of Surgery*, vol. 98, n° 3, sept. 1933.)
- La cholécystite aiguë. (*Annals of Surgery*, vol. 98, p. 771.)
- STEINKE (C.-R.). — Cholécystite aiguë. (*American Journal of Surgery*, 1935, vol. 27, p. 135.)
- STONE et OWINGS. — La cholécystite aiguë, urgence chirurgicale. (*Annals of Surgery*, vol. 98, 1933, p. 760.)
- SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON. — Discussion. 15 novembre 1923.
- SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS. — Discussion. 22 octobre et 10 décembre 1924.
- TAYLOR et WHITBY. — La cholécystite aiguë. (*S.G.O.*, t. 63, 1936.)
- (*British Journal of Surgery*, vol. 50, juin 1930.)
- TOUROFF. — La cholécystite aiguë. (*Annals of Surgery*, vol. 99, n° 6, juin 1934.)
- TREMPE. — Cholécystite gangréneuse perforée. (*Bulletin de la Société des Hôpitaux de Québec*, n° 12, décembre 1935.)
- VISCHER. — Le traitement opératoire de la cholécystite aiguë à la clinique chirurgicale de Bâle de 1905 à 1917. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1921.)

VINCENT. — Perforation de la vésicule biliaire en péritoine libre : cholécystostomie. Cholécystectomie secondaire. (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, n° 28, juillet 1934.)

ZINNINGER. — Traitement chirurgical de la cholécystite aiguë. (*Annals of Surgery*, vol. 96, p. 406, 1932.)

WHIPPLE. — L'infection aiguë de la vésicule et de la voie biliaire. (*New-York Acad. Med.*, vol. 7, p. 211, 1931.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	15
Historique	17
Mécanisme. Anatomie pathologique	23
Clinique	33
Traitement	39
Généralités	39
Indications	39
Conclusions	43
La cholécystostomie	46
Observations	51
Statistiques	61
Conclusions	69
Bibliographie	71

